

**Individuální informovaný souhlas**

Název školy: **Arcibiskupské gymnázium v Kroměříži**

**Individuální informovaný souhlas rodiče / zákonného zástupce s činností školního psychologa.**

|  |
| --- |
| Popis konkrétní služby, pro kterou je souhlas sjednáván, včetně jejího časového rozvržení: |
| Kontakt na školního psychologa poskytujícího službu (jméno, telefon, e-mail): |
| Jméno a příjmení žáka/žákyně: | Datum narození: | Třída: |
| * Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o povaze, způsobu, rozsahu, cílech a postupech nabízené služby, o prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, i o možných následcích, pokud tato služba nebude poskytnuta, o právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb včetně práva žádat kdykoliv poskytnutí poradenské služby znovu.
* Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.
* Souhlasím/nesouhlasím\* s předáním zjištěných informací o dítěti dalším kompetentním pracovníkům školy (např. třídní učitel, výchovný poradce) v případě, že to bude nezbytně nutné k další péči o dítě a v zájmu dítěte.
* Dále souhlasím/nesouhlasím\* s předáním dalších informací o dítěti kompetentním pracovníkům

školy (např. třídní učitel, výchovný poradce) v případě, že to bude nezbytně nutné k zajištěnívzdělávání a péče o dítě a bude to v jeho zájmu.* Byl/a jsem seznámena/a s tím, že o provedené poradenské službě si vede školní speciální

dokumentaci, která je v souladu s platnými předpisy archivována. |
| **Svým podpisem dávám souhlas k realizaci navrhované poradenské služby:**…………………………………………. …………………………………………… Podpis zákonného zástupce Datum |
| V případě individuálního vyšetření školního psychologa:* Byl/a jsem seznámen/a s výsledky individuálního vyšetření a sdělení jsem plně porozuměl/a:

ANO/NE\** Byla mi předána písemná zpráva z individuálního vyšetření: ANO/NE\*

…………………………………………. …………………………………………… Podpis zákonného zástupce Datum |

\* nehodící se škrtněte